

Allegato A

OBIETTIVI SOSTANZIALI

1. Premessa

1.1. Obiettivi sostanziali ed obiettivi strumentali

Gli obiettivi di piano si distinguono in sostanziali e strumentali.

Gli obiettivi sostanziali indicano i livelli di salute e qualità della vita che si intende raggiungere.

Gli obiettivi strumentali indicano l'organizzazione dei servizi e le loro modalità operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi sostanziali.

1.2. I tempi per la realizzazione degli obiettivi

Per il raggiungimento degli obiettivi sono previsti i seguenti termini temporali:

- il breve termine, inteso come arco temporale di un piano triennale (1985-1987);
- il medio termine, inteso come arco temporale di tre periodi triennali (1982-1984; 1985-1987; 1988-1990);
- il lungo termine, inteso come arco temporale che raggiunge l'anno 2000.

Di regola gli obiettivi sostanziali sono riferiti al medio e lungo termine, mentre per gli obiettivi strumentali si fa riferimento al breve e medio termine.

1.3. Continuità del processo di programmazione

Il piano socio-sanitario 1985-87 (il secondo nella storia del servizio sanitario nazionale) costituisce la continuazione del P.S.S.R. 82-84. Di esso recupera le scelte di fondo, adeguandole ai mutamenti che nella collettività regionale si sono nel frattempo verificati ed eredita gli impegni e le azioni che non hanno avuto la possibilità di essere condotti a termine durante il periodo di validità di esso.

La descrizione degli obiettivi di fondo verrà fatta a partire dalla ricapitolazione di quelli indicati nel P.S.S.R. 82-84, con una loro migliore esplicitazione e revisione rese possibili dai risultati raggiunti durante il triennio

che si sta concludendo, premettendo alcune precisazioni in ordine ai vincoli ed agli strumenti della programmazione.

1.4. Vincoli per la programmazione

La legge n. 833/1978 discende da un complesso di scelte culturali e politiche: programmazione, prevenzione, partecipazione.

La programmazione socio-sanitaria non può essere separata dalla programmazione economica.

Il piano di sviluppo regionale diventa così un elemento di riferimento fondamentale della programmazione sanitaria e in molti aspetti ne entra direttamente a far parte.

I meccanismi gestionali, la destinazione e l'impiego delle risorse, la produttività della spesa debbono essere riguardati in funzione degli obiettivi di piano e non secondo logiche settoriali.

1.5. Strumenti della programmazione

Gli strumenti della programmazione sono i piani e i programmi: il piano nazionale costituisce la sintesi della politica complessiva, espressione degli orientamenti generali e della situazione socio-politica del momento storico nel quale viene proposto, all'interno della quale i piani regionali inseriscono le specificazioni determinate a livello delle singole realtà territoriali.

I programmi locali non rappresentano semplici strumenti applicativi del piano, ma vanno intesi come strumenti integrativi dello stesso, nonché come mezzi di verifica della praticabilità e della realizzabilità delle azioni proposte, rispetto alle peculiarità delle diverse situazioni ed alle aspettative delle popolazioni interessate.

I livelli di gestione della programmazione sono quello centrale e quello locale, per ciascuno dei quali vanno presi in considerazione gli organismi coinvolti e gli strumenti da questi predisposti: al livello centrale, il piano sanitario nazionale ed il fondo sanitario nazionale rappresentano gli strumenti con i quali viene fornito alle Regioni ed alle UU.SS.SS.LL. il complesso degli indirizzi, la strategia di intervento ed i termini di compatibilità economica.

A livello periferico, il piano regionale ed i programmi di attività e spesa (PAS) costituiscono gli strumenti opera-

tivi per la realizzazione degli interventi socio-sanitari da predisporre, oltre alle interrelazioni con il livello centrale, garantendo anche i necessari momenti partecipativi, istituzionali e non.

I tempi ed i modi della programmazione sono costituiti dalla articolazione e dalla successione di un insieme di adempimenti che si possono così schematizzare:

A. Individuazione delle scelte di fondo, degli obiettivi di piano e delle strategie, e dei programmi di azione.

B. Valutazione degli obiettivi e delle modalità di gestione.

2. Obiettivi del P.S.S.R. 1982-1984

2.1. Richiamo degli obiettivi e loro significato

La legge regionale n. 7 del 10 marzo 1982, in aderenza agli obiettivi della legge 833/78, indicava per il P.S.S.R. 1982-84 il perseguimento, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, dei seguenti fini:

a. la tutela, con intervento globale unitario, della salute fisica e psichica dei cittadini, privilegiando la prevenzione, potenziando in primo luogo i servizi di base e sviluppando i servizi di riabilitazione e le politiche di reinserimento sociale;

b. l'integrazione fra i servizi sanitari e socio-assistenziali;

c. la distribuzione equilibrata ed organica sul territorio regionale dei servizi socio-sanitari;

d. l'aumento della produttività del sistema, nel rapporto tra costo del servizio e relativi benefici;

e. la ricerca della più alta qualificazione dei servizi, nell'interesse dell'utente.

E più specificatamente (art. 2), fissava i contenuti determinati dal Piano:

a. gli obiettivi generali della programmazione socio-sanitaria regionale;

b. la struttura organizzativa, l'ambito territoriale di riferimento, l'ubicazione ed il dimensionamento dei presidi e dei servizi per lo svolgimento delle funzioni socio-sanitarie;

c. gli obiettivi specifici da perseguire mediante appositi progetti-obiettivo;

d. gli indirizzi per le politiche qualificanti;

e. gli orientamenti per lo sviluppo delle azioni programmatiche di particolare rilevanza sociale;

f. la politica della spesa;

che avrebbero dovuto essere perseguiti attraverso:

a. la riconversione d'uso delle risorse e l'attuazione dei progetti-obiettivo;

b. la promozione del potenziamento e della qualificazione delle strutture pubbliche, sanitarie e socio-assistenziali;

c. la razionale utilizzazione delle risorse private.

Nell'allegato n. I alla citata legge regionale n. 7/82, venivano specificati gli obiettivi di carattere strategico:

a. tutela della salute in termini di intervento unitario

e globale, centrato sulla prevenzione e sui servizi sanitari di base;

b. integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali;

c. superamento degli squilibri territoriali in ordine alla garanzia di tutela;

d. aumento della produttività della spesa in termini di efficienza dei servizi e di efficacia dell'impiego delle risorse;

e. miglioramento della qualità dei servizi prestati, e venivano indicati gli obiettivi di breve termine per il triennio 1982-84:

a. la strutturazione organica dei servizi, riferita a specifici ambiti territoriali (distretti, U.S.S.L., Regione) con privilegio dei servizi di base;

b. lo sviluppo di progetti obiettivo «tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva», «tutela della salute dei lavoratori in ogni ambiente di lavoro» e «tutela sanitaria e socio-assistenziale delle persone anziane»;

c. la formazione del personale;

d. l'attivazione degli strumenti conoscitivi;

e. le iniziative nei confronti di altre istituzioni e dei cittadini;

f. l'adeguamento dei servizi regionali alle nuove esigenze;

g. le azioni contro le diseconomie;

h. la riconversione della spesa.

Negli allegati successivi erano descritti, in forma più dettagliata, gli obiettivi particolari e gli interventi che si prevedeva dovessero essere messi in atto per il loro perseguimento.

3. Obiettivi sostanziali

3.1. Generalità

Gli obiettivi generali assegnati al P.S.S.R. 1982-84 sono stati realizzati in modo difforme e diversificato nelle varie zone del Piemonte, soprattutto per quello che si riferisce alla parte relativa al riordino ed alla riconversione delle strutture socio-sanitarie, al riequilibrio dei servizi.

Peraltro, la formulazione degli obiettivi sostanziali - in carenza di un preciso quadro epidemiologico e di una reale analisi della domanda e dei bisogni - è stata formulata in termini approssimati, tanto da non trovare sempre concatenazione con gli obiettivi strumentali.

A livello sociale la somma delle condizioni individuali acquista certamente valore ed un dato problema sanitario o sociale può essere ritenuto tanto più rilevante quanto più investe i gruppi di popolazione di maggiore consistenza, ma la domanda espressa di bisogni sanitari e socio-assistenziali, ancorché riportata alla domanda reale, non appare come condizione sufficiente per lo sviluppo di un serio processo di programmazione.

Occorre che l'esame della domanda reale sia accompagnato da una seria analisi delle modificazioni tendenziali più attendibili.

3.2. Principali linee di tendenza riscontrate

Nella Regione Piemonte, agli inizi degli anni '80 si registrano alcuni fenomeni salienti, peraltro non dissimili dalle linee di tendenza nazionali, che possiamo così sintetizzare:

A. Sotto il profilo demografico:

- una progressiva riduzione della natalità; un forte aumento della popolazione anziana, che in numerose zone raggiunge livelli anche molto elevati;

- una progressiva riduzione della quota di popolazione attiva ed un aumento del carico sociale.

B. Sotto il profilo della patologia:

- tendenza alla stabilizzazione della mortalità sui valori medi nazionali, con lieve prevalenza relativa della mortalità per tumori e per malattie cardiovascolari;

- permane un livello di mortalità infantile, soprattutto perinatale, fra i più alti tra le Regioni italiane, con squilibri anche sensibili fra le varie UU.SS.SS.LL.;

- presenza di patologie comuni prevalenti, in assonanza con il dato nazionale: cardiovasculopatie, tumori, incidenti (da traffico, domestici, sul lavoro), patologie nervosa e mentale, handicap;

- presenza di patologie diversificate, per zona, per professione, per aggregazione sociale: alcoolismo, tossicodipendenze, malattie da rischi lavorativi (rumore, amianto, silice, prodotti agricoli, cancerogeni, ecc.), alcune malattie infettive.

Un dato complessivo preoccupante è quello dell'aumento di cittadini portatori di handicap o affetti da malattie croniche, parzialmente o totalmente invalidanti.

C. Sotto il profilo dei rischi:

- permanenza di fonti inquinanti di vario genere, diffuse o diversificate per aree, alle quali si deve la diffusione di numerosi rischi a livello di ambiente di lavoro, di acqua, aria, suolo ed abitato, alimenti e di popolazione animale, con caratteri seriamente preoccupanti;

- incremento dei rischi iatrogeni (consumo di farmaci, esposizione a raggi X ad esempio) a livelli abbastanza elevati rispetto ai valori medi nazionali;

- presenza di fattori di emarginazione, diversificati per aree, età, aggregazioni sociali;

- aumento dei fattori di rischi o voluttuari o comportamentali, anche come conseguenza dei precedenti o in risposta a sofferenze di varia origine ed a spinte e pressioni di vario genere.

D. Sotto il profilo socio-economico:

- crescono i livelli medi di reddito;

- crescono i livelli di alfabetizzazione e di istruzione;

- migliora lo stato dei servizi e delle infrastrutture;

- cala il tasso di occupazione;

- aumenta il numero dei disoccupati e degli occupati parziali;

- aumenta il numero dei cassaintegrati;

- si allarga la forbice delle differenze sociali nel reddito effettivo familiare e nella disponibilità di risorse spendibili;

- aumentano le fasce di emarginazione, anche culturale;

- persistono numerose differenze tra i vari comprensori della Regione, ma talora anche fra le singole zone.

3.3. Domanda di prestazioni

Per ottenere un quadro completo dell'insieme dei bisogni di una popolazione di un determinato territorio, è necessario aggiungere alle informazioni che possono essere ricavate dai dati numerici, quelle derivanti dalla soggettività dell'utenza, che costituiscono la cosiddetta «domanda o bisogno espresso», andrebbe a sua volta correlata con un'analisi dei comportamenti e degli atteggiamenti che la cittadinanza esprime nei confronti del servizio sanitario.

Se sono scarse le informazioni desunte dai dati statistici, assolutamente carenti sono quelle derivanti dalla domanda o bisogno espresso dal singolo, per le quali non esistono rilevazioni routinarie, né indagini ad hoc. Peraltro è noto come la domanda sia largamente influenzata da componenti esterne - la pubblicità, gli orientamenti culturali predominanti, le influenze dei gruppi di pressione, ecc. - e come, in particolare nel settore sanitario e socio-assistenziale, essa sia fortemente dipendente dalla offerta di strutture, servizi e personale.

L'accresciuta domanda di prestazioni personali non necessariamente risponde ad un effettivo bisogno, ma è la risultante di componenti multiple, in parte effettive (l'aumento della popolazione anziana, l'aumento di cronici ed invalidi), in parte indotte e l'incremento non riguarda soltanto gli aspetti quantitativi, ma spesso le componenti qualitative della prestazione.

La domanda di servizi, prestazioni, trattamenti qualitativamente sempre migliori deve essere ritenuta effettivamente rispondente ad un bisogno reale, corrispondente al generale innalzamento dello standard di vita della popolazione.

Le esigenze di accoglimento, di rapporto umano, di considerazione e rispetto della personalità fanno l'immagine del servizio e sono tenute in larga considerazione da parte di tutti i portatori di affezioni o menomazioni particolarmente gravi.

Tutto ciò richiede un modo di essere dei servizi nei confronti dell'utenza, e la loro disponibilità costituisce vero e proprio indicatore di accessibilità e fruibilità degli stessi da parte della popolazione.

3.4. Conferma degli obiettivi posti dal P.S.S.R. 1982-84

Alla luce degli elementi conoscitivi sul Piemonte primi anni 80, appare evidente che gli obiettivi sostanziali posti alla base del P.S.S.R. 1982-84 sono tutt'ora pieni del loro valore e vanno quindi perseguiti attraverso il P.S.S.R. 1985-87 e quelli seguenti. Essi possono essere declinati nei contenuti e ragionevolmente distribuiti nel tempo e nello spazio, assegnando obiettivi differenziati alle varie articolazioni territoriali della Regione.

L'obiettivo primario e fondamentale assegnato al servizio sanitario è quello della tutela e promozione della salute ed esso deve comunque restare al centro dell'attenzione, ma in termini concreti e chiari, che lo rendano

effettivamente praticabile... L'enunciazione della Organizzazione Mondiale della Sanità, «Salute per tutti nell'anno 2000», può ragionevolmente essere assunta, nei termini temporali, come obiettivo di lungo termine anche per il P.S.S.R. 1985-87, ricondotta ad una precisa realtà territoriale, come quella del Piemonte anni '80.

Realtà territoriale affatto particolare, molto variegata ed in profonda trasformazione che, per le sue caratteristiche, influenza in modo sensibile e la distribuzione dei servizi e la qualità della domanda.

La tutela della salute in termini globali, per tutti i cittadini, potrebbe meglio essere intesa come *garanzia per tutti i cittadini di poter ottenere il più alto livello di salute possibile, nelle condizioni fisiologiche, o patologiche, economiche, ambientali, sociali in cui versano e consentire a ciascuno il massimo di integrazione nel contesto sociale in cui è collocato.*

In termini concreti tale obiettivo strategico può così essere esplicitato:

a. miglioramento dei servizi ed eliminazione delle sprequazioni, garantendo l'accessibilità, l'accettabilità e la fruibilità a tutti i cittadini, indipendentemente dal loro livello di istruzione, età, sesso, luogo di residenza, provenienza etnica, confessione religiosa;

b. sviluppo della prevenzione primaria, per garantire la progressiva eliminazione dei fattori di rischio e/o la disponibilità di un ambiente non degradato;

c. sviluppo qualitativo delle attività di diagnosi e di terapia, in modo finalizzato e mirato nei confronti delle patologie a maggiore rilevanza sociale e maggiormente invalidanti, anche in rapporto alle varie fasce di popolazione;

d. sviluppo quali-quantitativo delle attività di riabilitazione ai fini della riduzione della cronicità indotta e del recupero delle capacità lavorative e di gestione della persona;

e. coordinamento dei servizi sociali con quelli sanitari, onde assicurare ai cittadini risposte complessive e più qualificate alle esigenze individuali.

3.5. Articolazione degli obiettivi

3.5.1. RISPETTO DEI DIRITTI DEL CITTADINO

Va superata una logica che considera il cittadino come oggetto anziché come soggetto e l'erogazione di prestazioni come concessione anziché come diritto.

Il problema è tra quelli di più difficile soluzione, in quanto in esso entrano in gioco fattori di vario ordine che riguardano il ruolo delle istituzioni, il comportamento degli operatori (come individui e non solo come tecnici) ed il comportamento dei cittadini.

Questo obiettivo può essere articolato nei seguenti punti:

- garanzia di comportamento civile e corretto nei confronti di tutti i cittadini, in qualsiasi condizione versino;
- soddisfacimento di tutte le informazioni, quesiti, domande, richieste, avanzate nei confronti del servizio e degli operatori;
- riduzione dei tempi di attesa, delle code, degli spostamenti inutili per prenotazione, per ritiro di referti,

autorizzazione e simili, come anche per la effettuazione di prestazioni:

- garanzia di accesso alle prestazioni, in rapporto alle attività, impegni, dislocazione, presenza dei cittadini;
- garanzia della fruizione delle prestazioni relative al bisogno, indipendentemente dal loro costo, carattere, tipo, dislocazione, nel rispetto della normativa vigente.

3.5.2. RIDUZIONE ED ELIMINAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

L'intervento volto alla riduzione ed eliminazione dei fattori di rischio ha due aspetti:

- uno collettivo rivolto all'ambiente nella sua interezza (aria, acqua, suolo, alimenti, animali, luoghi di vita e di lavoro, ecc.) ed ai rapporti sociali;
- uno individuale destinato alla lotta contro i fattori di rischio comportamentali (uso del tempo libero, uso del proprio corpo, assunzione voluttuaria di sostanze nocive, alimentazione, ecc.).

La praticabilità di questo obiettivo per il breve periodo sarà garantita ove si prospetti un intervento verso i rischi gravi, diffusi e prevenibili e si proponga la modifica delle condizioni suscettibili di esserlo.

Nel primo caso (azione collettiva) ai servizi socio-sanitari competono funzioni di vigilanza e controllo, di denuncia delle condizioni pericolose e degradate, e solo in alcuni casi di intervento diretto per la rimozione dei fattori di rischio o la bonifica. Nel secondo caso (azione individuale), attraverso l'educazione sanitaria, l'intervento può anche essere risolutore per quelle condizioni nelle quali i singoli individui sono oggettivamente arbitri, ma talora ha solo funzione di denuncia o di stimolo alla presa di coscienza.

Di qui l'indicazione fondamentale, per uno stretto legame fra la sanità e gli altri comparti della società, dell'assunzione degli obiettivi di quest'ultimi verso i quali debbono convergere anche le altre azioni di governo: dall'economia ai trasporti, dall'assetto del territorio alla distribuzione dei beni di consumo, dalla politica degli investimenti alla organizzazione della produzione.

In materia di tutela dell'ambiente è opportuno individuare le cause di danno alla salute da rimuovere per prime ed in questo quadro, per le consolidate e tradizionali attività di igiene del suolo e dell'abitato, dell'acqua, dell'aria, degli alimenti e delle bevande, l'obiettivo principale consiste nell'impedire che lo sviluppo del sistema produttivo mini la salute dei lavoratori addetti e quella delle popolazioni che con esso entrano in qualche modo in rapporto.

In materia di educazione sanitaria è opportuno sviluppare le azioni nei confronti dei giovani, in stretta collaborazione con le strutture scolastiche e formative in genere. Nei confronti degli adulti saranno sviluppati gli interventi specificatamente previsti nel quadro dei progetti obiettivi verso specifiche fasce di popolazione.

In materia di tossicodipendenze è opportuno prevedere, oltre agli obiettivi indicati nell'allegato n. 20 della legge regionale 10 marzo 1982, n. 7, anche i seguenti:

- recupero, da parte del nucleo familiare del tossicodipendente, del suo ruolo istituzionale;
- modificazione degli stereotipi di lettura, degli atteggiamenti di indifferenza e delega da parte delle diverse realtà sociali nei confronti delle situazioni di enarginazione e di tossicodipendenza.

Per la realizzazione dei predetti obiettivi è necessario raggiungere, a livello regionale, una partecipazione più ampia di tutte le competenze (sanità e assistenza, cultura, sport, agricoltura, lavoro, formazione professionale, commercio e artigianato, ecc.), le quali devono trovare un momento di coordinamento per concorrere congiuntamente alla formulazione di programmi di intervento sulla condizione giovanile, al fine di prevenire situazioni di disadattamento.

In materia di assistenza sociale è opportuno operare:

a. per una effettiva prevenzione del bisogno assistenziale, rimuovendo situazioni di bisogno, nel quadro di una politica generale volta a superare gli squilibri economici e sociali esistenti nel territorio, nonché la scarsità di conoscenza, coinvolgendo tutti i poteri locali a seconda delle diverse competenze settoriali;

b. per una reale partecipazione delle iniziative assistenziali espresse dalla società, nella varietà delle sue libere articolazioni.

3.5.3. PATOLOGIE A MAGGIORE RILEVANZA SOCIALE E MAGGIORMENTE INVALIDANTI

Gli interventi contro le patologie di rilevanza sociale costituiscono obiettivi sostanziali, con particolare riferimento a:

a. azioni contro le patologie maggiormente invalidanti (incidenti di ogni genere, malattie cardiovascolari, tumori e broncopneumopatie croniche);

b. azioni contro le iatropatie;

c. azioni per le quali sono previsti specifici progetti-obiettivo.

3.6. Obiettivi in materia di prevenzione primaria

3.6.1. TUTELA DELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Obiettivi concretamente perseguibili nel triennio sono:

a. l'estensione della metodologia delle mappe di rischio a tutte le UU.SS.SS.LL.

Un completo sistema informativo sui rischi esistenti favorisce l'utilizzazione delle mappe, sotto il profilo della prevenzione, e costituisce antefatto indispensabile per i necessari provvedimenti di bonifica, per la individuazione delle fasce di popolazione esposte all'azione dei diversi fattori di nocività e per la formulazione degli elenchi degli esposti;

b. l'adozione di un nuovo regolamento locale d'igiene e la sua utilizzazione da parte degli Enti locali;

c. l'estensione delle attività di vigilanza e controllo e di quelle ispettive.

3.6.2. EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Oltre al proseguimento delle attività già avviate nel triennio 1982-84 (referenti specifici di U.S.S.L., qualificazione di altri operatori, specie di base, raccordo con la scuola), occorrerà procedere al rafforzamento organizzativo, nonché garantire puntuali risposte educative, specie a livello di distretto socio-sanitario.

Nel triennio di piano, pertanto, dovranno essere realizzate tutte le attività di educazione alla salute che saranno emerse come risposta ai bisogni risultanti dalla confluenza delle informazioni provenienti dalle mappe di rischio e dalla popolazione, secondo il cosiddetto modello della «diagnosi di comunità».

3.7. Obiettivi in materia di diagnosi e terapia

Obiettivo principale per il triennio 1985-87 è quello dell'elevazione del livello qualitativo delle prestazioni, con le due finalizzazioni seguenti:

a. la garanzia di identiche prestazioni nelle varie strutture del territorio regionale, nei confronti di tutti i cittadini;

b. effettivo miglioramento dell'azione contro le patologie, con particolare riguardo alle forme di maggiore rilevanza sociale.

Le strutture tradizionalmente dedicate ad attività di diagnosi e cura dovranno sviluppare anche quelle relative alla medicina preventiva nei confronti delle diverse fasce di popolazione esposta. Gli operatori dei servizi di base ed integrativi dovranno collaborare alla formulazione dei protocolli di intervento ed alla loro applicazione, partecipando altresì alle attività di educazione alla salute e di informazione della popolazione.

In seguito, uno stesso livello quali-quantitativo di prestazioni dovrà essere raggiunto in tutto il territorio regionale, relativamente alla distribuzione ed alla articolazione dei servizi nella rete regionale, garantendo a tutti i cittadini le stesse opportunità, sul piano della prevenzione individuale, della diagnosi e della terapia.

3.8. Obiettivi in materia di riabilitazione

Obiettivi per il triennio 1985-87, da perseguire in stretto collegamento tra i servizi sanitari e socio-assistenziali, sono:

a. tempestivo reinserimento nel contesto sociale di provenienza, come risultante della riduzione della cronicità indotta e della durata del trattamento delle patologie, in conseguenza della introduzione di azioni riabilitative nel funzionamento corrente di tutti i servizi di diagnosi e cura da parte di tutti gli operatori presenti, verso tutti i pazienti e non solo verso coloro che sono già portatori di handicap;

b. recupero delle capacità individuali per il soddisfacimento delle necessità atte a garantire l'autosufficienza, l'espletamento di funzioni lavorative e l'uso del tempo libero, come conseguenza della conservazione delle proprie capacità fisiche, mentali e sociali;

c. eliminazione delle sperequazioni.